Radiologisches Institut
HOHENZOLLERNSTRASSE

LifeLink
Mehr als Medizin.

MVZ Diagnostik und Therapie Koblenz GmbH
LifeLink Radiologisches Institut Koblenz
Hohenzollernstraße 64
56068 Koblenz
Tel. +49 261 304 60 - 0
Fax +49 261 304 60 - 24
anmeldung.s2@lifelink-medical.com
www.lifelink-medical.com
Ärztliche Leiter
Dr. med. Torsten Schiller
Dr. med. Jörg-André Nickel

MVZ Diagnostik u. Therapie Koblenz GmbH · Hohenzollernstr. 64 · 56068 Koblenz

Name:_____ Geb. Datum: _____

Gewicht _____ kg Größe_____ cm

Fragebogen vor MRT-Untersuchung

Um bei Ihnen ein mögliches Risiko besser abschätzen zu können, ist es erforderlich, dass Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch Ankreuzen beantworten:

- ***Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Eventrecorder?*** ***Ja*** □ ***Nein***□
- ***Sind Sie schon einmal an Herz oder Kopf operiert worden?*** ***Ja*** □ ***Nein***□
- ***Haben Sie Metallteile an Ihrem Körper (z.B. Granatsplitter, Stents, Clips, Klammern nach Operation)?*** ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Hatten Sie eine Metallsplitterverletzung, z.B. am Auge?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Sind Sie oder waren Sie in der metallverarbeitenden Branche tätig?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Tragen Sie einen Neurostimulator, eine Insulin- oder Morphinpumpe?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Tragen Sie ein Langzeit-EKG oder Langzeit-Blutdruckmessgerät?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Tragen Sie ein Hörgerät? (Dies muss für die Untersuchung abgenommen werden)* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Leiden Sie unter „Platzangst“ (z.B. beim Aufzugfahren)?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Haben Sie Tattoo`s oder Piercings?* ***Ja*** □ ***Nein***□
- *Haben Sie eine Nierenerkrankung?* ***Ja*** □ ***Nein***□

Bei einigen Untersuchungen ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich. Das Kontrastmittel ist im Allgemeinen sehr gut verträglich und behandlungsbedürftige Überemfindlichkeitsreaktionen (wie bei jodhaltigen Röntgen-Kontrastmitteln) treten nur extrem selten auf

Spricht in Ihrem Falle etwas gegen eine Kontrastmittelgabe? ***Ja*** □ ***Nein***□

Bitte wenden!

Achtung:
Wenn Sie ein Beruhigungsmittel wegen Platzangst erhalten, dürfen Sie in den nächsten 24 Std. kein Kraftfahrzeug steuern oder an Maschinen arbeiten. Außerdem müssen Sie mindestens 4 Std. vor der Untersuchung nüchtern sein (kein Essen, kein Trinken)!

Einwilligung und Aufklärungsbestätigung

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.
Ich bestätige weiter, dass durch dieses Formular alle meine Fragen zur Durchführung und zu den Risiken der Kernspintomographie beantwortet worden sind

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ein zusätzliches, persönliches Aufklärungsgespräch mit einem Arzt möglich ist.

□ Ein solches Gespräch vor der Untersuchung halte ich für **nicht** erforderlich

□ Ich benötige eine Kopie des Fragebogens

□ **Ich stimme der Durchführung der MRT-Untersuchung zu.**

Datum / Uhrzeit	Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters

Der/Die Patient/in hat mir dieses Aufklärungsmerkblatt ausgehändigt und versichert, dass Merkblatt gelesen, verstanden und selbst ausgefüllt zu haben.

Datum / Uhrzeit	Name und Unterschrift der/des MTA

Ärztliche Anmerkung zum zusätzlichen persönlichen Aufklärungsgespräch:

Radiologisches Institut
HOHENZOLLERNSTRASSE

LifeLink
Mehr als Medizin.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum:_____

Um Ihre Untersuchung korrekt auswerten zu können, benötigen wir noch Angaben zu Ihren Beschwerden. Bitte helfen Sie uns, indem Sie den Fragebogen gewissenhaft ausfüllen

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir keine Behandlungsvorschläge zu Ihren Diagnosen erteilen. Hierzu wenden Sie sich bitte an Ihren überweisenden Arzt.

Sind Ihre Beschwerden durch einen Unfall / eine Verletzung entstanden? ***Ja*** □ ***Nein***□
Wenn ja, wann haben Sie sich verletzt? _____

Haben oder hatten Sie eine bösartige Tumor-Erkrankung? ***Ja*** □ ***Nein***□

Wurden Sie im untersuchten Bereich operiert? ***Ja*** □ ***Nein***□

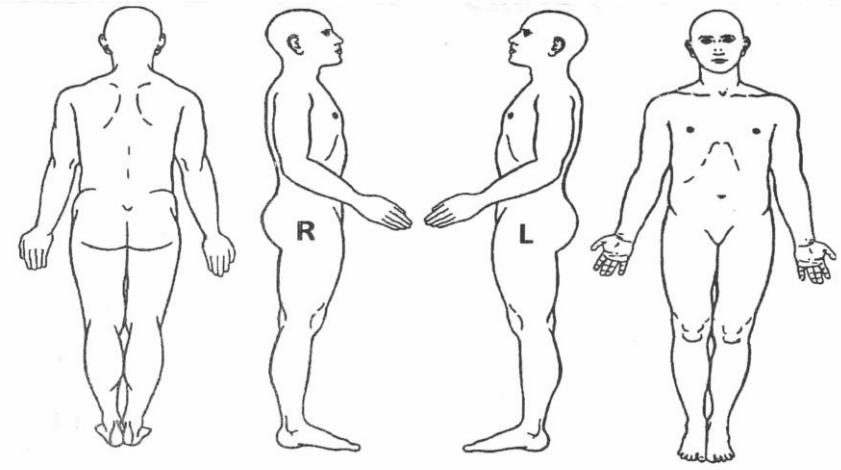
Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, was? _____

Wurden Sie bereits in einem anderen Institut im gleichen Bereich untersucht ***Ja*** □ ***Nein***□

Wenn ja, geben Sie bitte die Fremdbilder unaufgefordert an der Anmeldung ab!

Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden und skizzieren Sie den schmerzhaften Bereich.

_____

_____